



Clases de Ballet y Tap en Elizabeth Virrick Park
3255 Plaza Street, Miami FL. 33133
Año escolar 2011-2012

This Program is
Proudly Funded by



Because All Children
Are Our Children

El programa de Becas de **Thomas Armour Youth Ballet** tiene el honor de patrocinar las clases de ballet y tap para el año escolar en **Virrick Park**. Las clases comienzan el **lunes 22 de agosto 2011** y terminaran el **viernes 1 de junio 2012**. **Estas clases serán gratis. (hay un cargo de compromiso de \$10) La matricula será limitada para 25 estudiantes por clase.** Si UD. esta interesado/a, por favor regrese la forma adjunta lo mas pronto posible a Srta. Jessica or Srta. Natasha en el estudio de baile.

Las clases serán divididas por grado de la siguiente manera:

- Nivel IA: (3/4 anos) lunes 2:30-3:30pm**
- Nivel IB: (5/6 years old) jueves, 2:30-3:30pm**
- Nivel II: (2nd/3rd grades) lunes/miércoles/jueves 3:30-4:30pm**
- Nivel III: (4th/5th grades) lunes/miércoles/jueves 4:30-6:00pm**

Ms. Jessica 305-494-4151
Ms. Natasha (305) 610-0499

Los estudiantes necesitaran el siguiente uniforme de danza:

Niñas: Leotardo negro de mangas cortas, medias rosadas o color natural, zapatillas de ballet rosados. Estudiantes de kindergarten a tercer grado pueden usar calcetines blancos en lugar de medias si prefieren.

Niños: Leotardo blanco de mangas cortas, medias negras, zapatillas de ballet negros y calcetines blancos.

El estudiante que este en clases de tap necesita sus zapatos de tap.

Por favor corte el horario para usted, y regrese el resto de este formulario a Srta. Jessica o Srta. Natasha o la oficina del parque

****Tome nota de que las clases serán llenadas en base al orden en que se reciban las matriculaciones. ****

Yo doy permiso a mi hijo/a _____ para participar en clases de ballet/tap en **Elizabeth Virrick Park (3255 Plaza Street, 33133)**.

_____ Deseo matricular a mi hijo/a en el programa. Adjunto el efectivo/Money Order por \$10.00 a nombre de **Thomas Armour Youth Ballet** para el costo de compromiso.

Nombre de la escuela de niño/a _____ Grado del niño/a _____ Nombre del maestro/a _____

Información en caso de emergencia:

Nombre del padre, o guardián: _____ Teléfono de casa # _____
 Teléfono del trabajo # _____ Celular # _____ E-Mail _____
 # de MDCPS del niño/a: _____

En caso de que el padre o guardián no puedan ser localizados, contacte a : _____
 Relación: _____ Teléfono de casa # _____ Teléfono del trabajo# _____
 Celular # _____

Nombre del Medico/Pediatra: _____ Numero de teléfono #: _____

Complete si le es aplicable:

Mi hijo/a tiene el siguiente problema médico: _____

Mi hijo/a toma la siguiente medicación regularmente: _____

Mi hijo/a tiene la siguiente alergia: _____

- Prometo que mi hijo/a tendrá excelente asistencia durante las clases de ballet;**
- Doy permiso para que cualquier foto tomado de mi hijo/a sea usado para promociones;**
- Doy permiso para que miren sus notas. Esta información será usada para comprobar que el baile sirve como ayuda académica.**

Individuales autorizados para recoger al estudiante:

Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación: _____

Firma del Padre o Guardián: _____ **Fecha:** _____



Formulario de información del menor

Menor*: Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Madre*: Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Padre*: Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

¿Vive el menor con un guardián legal distinto de la madre o el padre? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, Nombre del guardián _____ Apellido _____ Inicial _____

Dirección* _____ **Ciudad*** _____ **Código postal*** _____

Teléfono del padre, madre o guardián _____ **Teléfono del trabajo** _____

Correo electrónico _____

Sexo del menor*: Masculino Femenino **Fecha de nacimiento*** (mes/día/año)* _____

Raza del menor*: Nativo americano / Nativo de Alaska Asiático Negro / Afroamericano
 Originario de las Islas del Pacífico Blanco Otro; por favor explique _____

Origen étnico del menor*: Hispano Haitiano Otro; por favor explique _____

País de origen del menor: _____

¿Es competente en Inglés?* Sí No

Otros idiomas que se hablan en el hogar *: Español Haitiano-Creole Otro _____
 Ninguno

Número del Seguro Social del menor*: _____ Sin NSS; Prefiere no dar el NSS

Número del ID de MDCPS*: _____ Sin ID de MDCPS; Prefiere no dar el ID de MDCPS

Grado escolar del menor*: _____ **Escuela a la que asiste el menor*:** _____

¿Tiene el menor seguro de salud (ex., seguro privado, KidCare, Medicaid)?* Sí No
(Si no lo tiene, The Children's Trust puede ayudarle a encontrar una cobertura asequible—llamar 211)

¿Tiene el menor algún certificado de discapacidad?* Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿tiene alguno de los siguientes planes o documentos (marque las necesarias)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Plan de servicio familiar individualizado
(Individualized Family Service Plan-IFSP;
si es menor de 3 años) | <input type="checkbox"/> Diagnóstico de un profesional con licencia o
certificado por el estado (ex., psicólogo/a) |
| <input type="checkbox"/> Plan de Educación Individualizada del sistema
escolar (Individualized Education Plan - IEP) | <input type="checkbox"/> Información provista por el padre/madre o
guardián legal describiendo la condición específica
del menor y/o la necesidad de adaptaciones
relacionadas a la discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Plan Sección 504 (Section 504 Plan) | |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico médico | |

Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo clasificaría el tipo de discapacidad?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desórdenes del espectro del autismo | <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Condición médica crónica | <input type="checkbox"/> Discapacidad física |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo (sólo menor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Discapacidad del habla y el lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Desorden emocional o del comportamiento | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual (o ceguera) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva (o sordera) | <input type="checkbox"/> Otra discapacidad _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual (o retraso mental) | |

Autorizo el envío de esta información a **The Children's Trust** para fines de seguimiento y evaluación del programa.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O GUARDIÁN*: _____ **FECHA :** _____

Sólo para uso del personal (INFORMACIÓN INDISPENSABLE)

ORGANIZACIÓN: Thomas Armour Youth Ballet UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **ELIZABETH VIRRICK PARK**

*Campos obligatorios

Rev 06/10



AUTORIZACION PARA FOTOGRAFIA/VIDEO

Yo, _____, el padre o guardián del niño/a
_____ autorizo y doy por este medio consentimiento
a los proveedores de servicios y al personal de El Fidecomiso de los Niños (The Children's
Trust) del condado Miami-Dade como sigue:

Otorgo permiso y autorizo - o - **No otorgo permiso ni autorizo**

al personal de El Fidecomiso de los Niños del condado Miami-Dade a tomar y a usar
fotografías corrientes, fotografías digitales, películas, transmisiones de televisión, y/o a hacer
grabaciones de mí, de mis niños, o de mis estancias con fines educativos, de investigación,
documentales, y con el propósito de relaciones públicas.

Firma del Padre o Guardián

Firma del Testigo

Fecha

Fecha

Cualquier grabación puede revelar su identidad a través de la imagen por sí misma, sin esperar
ninguna remuneración para usted, sus niños o sus estancias.

Cualquiera y todas las grabaciones tomadas de usted serán sólo propiedad del Fideicomiso de
Los Niños.

Con respecto al uso de cualquier grabación tomada de usted, de sus niños o de sus estancias,
renuncia por este medio a cualesquiera y a todas las demandas presentes y futuras que pueda
tener contra El Fidecomiso de Los Niños, su personal, los proveedores de servicios,
empleados, agentes afiliados y miembros de La Junta Directiva.